

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

416

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES SCOLIOSES

AU COURS

DU MAL DE POTT

PAR

Albert DUVELLEROY

Ancien externe des Hôpitaux

Président : M. KIRMISSON, Professeur



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

418

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES SCOLIOSES

AU COURS

DU MAL DE POTT

PAR

Albert DUVELLEROY

Ancien externe des Hôpitaux

Président : M. KIRMISSON, Professeur



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	RICHET (Ch.)
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD,
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJARS.
Histologie.....	MARIE (PIERRE),
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN,
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE.
	ROGER.
	{ DEBOVE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
Maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALLET (GILBERT).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE.
	{ DELBET (PIERRE).
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	{ N.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	{ BAR.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
	RIBEMONT DES
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZAR.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD.	GRÉGOIRE.	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GUENIOT.	LÉPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUILLAIN.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (ANDRÉ).	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
BRUMPT.	JOUSSET (ANDRÉ).	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	LABBE (MARCEL).	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LANGLOIS.	NICLOUX.	TERRIEN.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	TINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECÈNE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	
DUVAL (PIERRE).			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Humble hommage
d'une profonde reconnaissance*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE
L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A M. le DOCTEUR AUVRAY

Directeur honoraire de l'École de Médecine
et de Pharmacie de Caen
Vice-recteur de l'Académie de Caen

A M. le DOCTEUR GIDON

Directeur de l'École de Médecine
et de Pharmacie de Caen
Professeur d'anatomie

A MES AUTRES MAÎTRES :

MM. GUILLET, VIGOT, LÉGER, CATOIS, GOSSELIN
LEROUX, NOURY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS

M. le DOCTEUR BALZER

M. le DOCTEUR TRIBOULET

M. le DOCTEUR SAVARIAUD

A M. le DOCTEUR ROEDERER

Ancien assistant d'orthopédie des Hôpitaux

Assistant à l'Hôpital Trousseau

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a aidé de ses précieux conseils pour la
rédaction de ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

HISTORIQUE

Les déviations latérales du rachis au cours du mal de Pott ont déjà fait l'objet d'un grand nombre de travaux et de communications.

En 1838, Bouvier, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, attire l'attention sur les incurvations latérales du rachis et signale dans un cas particulier la difficulté du diagnostic.

En 1889, le Dr Bartow, dans un mémoire publié dans les *Annals of Surgery*, le Dr Taylor, dans l'*American orthopedie association*, puis le Dr Lovett, de Boston, dans deux articles parus dans le même journal (1890-91) mettent en lumière l'intérêt de ces scolioses pottiques.

Mais, en France, c'est M. Kirrison qui a le premier insisté sur ces déformations vertébrales et dans la *Revue d'orthopédie* de 1892, en a précisé les

principaux caractères : Siège dorso-lombaire, pathogénie et mécanisme, évolution et traitement.

Depuis cette époque, dans tous ses ouvrages il a mentionné ces déviations scoliotiques au début et au cours du mal de Pott.

Quelque temps après la communication précédente, le professeur Phocas de Lille publie dans la même revue « *les déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et particulièrement dans le mal de Pott dorso-lombaire.* » Sous son inspiration, le Dr Brunelle fait sa thèse sur le même sujet.

A Lyon, le Dr Gayet (1897), à Toulouse le Dr Cestan (1899) rapportent quelques observations, et dans son livre « *l'étude pratique sur le mal de Pott* » le Dr Ménard de Berck consacre quelques pages à cette étude.

Dans ces dernières années, le Dr Robert de Nancy, en 1904, le Dr Donnezan, en 1907 font leurs thèses sur la scoliose tuberculeuse et la forme scoliotique du mal de Pott.

Les progrès de la radiographie enfin ont permis de se rendre compte des divers mécanismes de ces déviations et de préciser le mode de début.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fréquence de ces déviations paraît plus grande qu'on ne saurait croire. Lovett de Boston affirme qu'elles se rencontrent à des degrés divers, il est vrai, dans presque tous les cas de tuberculose vertébrale qui n'ont pas été rigoureusement soignés et immobilisés au début. Pour M. le Professeur Kirmisson, cette fréquence serait assez élevée, et en tenant compte des formes simples et associées, il a noté que sur les 123 cas de maux de Pott qui s'étaient présentés à son examen, 24 s'accompagnaient d'une déviation scoliotique.

Grâce à l'amabilité du D^r Weill, radiographe à l'hôpital Trousseau, nous avons pu examiner les radiographies faites ces dernières années dans le service de notre maître, le D^r Savariaud. Sur 72 cas de lésion vertébrale bien caractérisée, nous avons pu constater 39 cas de scoliose, ce qui nous fait une proportion de 53 pour 100. Cette statistique semblerait

donc confirmer l'opinion du docteur américain ; cependant il nous faut ajouter que bien des maux de Pott, sans particularités, n'ont pas été radiographiés, et c'est ce qui nous explique cette proportion si élevée. Quoi qu'il en soit, le mal de Pott scoliotique est loin d'être une rareté clinique.

La région le plus souvent atteinte est la région dorso-lombaire : sur les cas observés, quelques-uns intéressaient souvent les régions dorsale supérieure et cervicale. Cette particularité est telle que le professeur Phocas a décrit une variété clinique de mal de Pott lombaire à début scoliotique.

Toutes ces déviations sont loin de reconnaître la même origine : les unes sont dues à une véritable luxation du segment supérieur sur l'inférieur, les autres à un écrasement vertébral ; les plus nombreuses enfin relèvent de contractures. Quel que soit le mécanisme, on peut observer la déviation latérale simple, soit combinée à une gibbosité ce qui est le plus fréquent.

A ces 3 groupes, il nous faut encore ajouter une quatrième variété qui semble relever elle aussi de troubles musculaires : c'est la scoliose de la convalescence, qu'on observe aussitôt après avoir enlevé le plâtre et qui semble avoir pour origine une atrophie ou une parésie des masses musculaires des gouttières vertébrales.

I. — Scoliose par destruction latérale

C'est la forme la plus rare ; elle se rencontre dans 15 à 20 pour 100 des maux de Pott scoliotiques.

Elle ne s'observe pas dans les maux de Pott cervicaux ou dorsaux supérieurs où la luxation est la plus fréquente, mais dans ceux de la région lombaire ou dorso-lombaire.

Dans ces cas, on observe souvent de la gibbosité ; mais quelquefois, et ce sont les cas les plus difficiles, seule la déviation latérale existe. Au musée Dupuytren, il existe un exemple typique de cette destruction irrégulière et incomplète avec gibbosité, toutefois, et nous en publions le dessin et les quelques lignes que M. Ménard, de Berck, y a consacrée dans « l'étude du Mal de Pott ».

« Au niveau de l'angle d'inflexion, on voit que 3 corps vertébraux sont détruits à gauche et persistent à droite sous la forme d'un débris en forme de coin : il n'y a pas, à proprement parler un déplacement latéral d'un segment sur l'autre, mais plutôt une inflexion latérale combinée avec l'inflexion antéro-postérieure. A s'en rapporter à l'examen de la pièce anatomique, on est tenté de penser que la destruction s'est localisée sur un des côtés des corps

vertébraux d'abord, qu'elle a détruit complètement une moitié des corps, la moitié gauche, en laissant survivre la partie droite des mêmes corps. L'inflexion latérale s'en serait suivie... La réparation osseuse est d'ailleurs solidement établie par des soudures très étendues, complètes à la surface. Aucune coupe n'ayant été pratiquée nous ne savons si la soudure interstitielle est aussi régulière.

En arrière, la série épineuse s'est déviée latéralement et devient par suite une ligne courbe complexe. D'habitude, la rotation du rachis est nulle ou légère. La saillie de la région des angles costaux est égale de chaque côté ou prédomine légèrement d'un côté. L'inflexion antéro-postérieure reste seule frappante comme le fait principal, l'inflexion latérale est accessoire. Aucune confusion ne peut faire prendre en pareil cas la déviation tuberculeuse pour une scoliose dans laquelle la rotation du rachis est le fait dominant, dans laquelle le sommet de la bosse répond non aux apophyses épineuses, comme dans le mal de Pott, mais aux angles costaux ».

Dans d'autres cas, la lésion scoliotique reste localisée à une vertèbre et ne s'accompagne d'aucune déviation antéro-postérieure.

Dans la radiographie que nous publions (observ. XVII), la lésion intéresse la moitié droite de la cin-

quième lombaire; la partie restante affecte la forme d'un coin et a l'apparence de vertèbres cunéiformes qu'on observe dans certains cas de scoliose congénitale.

Dans l'autre radiographie (obs. XV), les deux premières vertèbres lombaires sont atteintes, le disque intervertébral est disparu et on n'en aperçoit que la moitié gauche. La partie inférieure de la première vertèbre et la partie supérieure de la deuxième se sont fusionnées ensemble par suite de l'écrasement et de la disparition du tissu osseux. Pas de courbure de compensation.

Cet écrasement osseux entraîne naturellement une déviation de la colonne vertébrale; mais les scolioses de compensation sont rares, ne sont jamais complètes et la translation du tronc donne une impression de déjettement très accentué.

Quant à la rotation vertébrale, nous venons de voir ce qu'en pense le docteur Ménard.

Pour le docteur Lovet, au contraire, cette rotation vertébrale est loin d'être rare, mais présenterait quelques signes particuliers: alors que dans la scoliose vraie, les apophyses épineuses se dévient vers la concavité de la courbure, les corps vertébraux du côté opposé, dans une scoliose pottique on observe les phénomènes inverses.

Nous publions deux observations où il existait nettement un bourrelet de torsion avec méplat du côté opposé: et dans la radiographie on se rend très facilement compte de la torsion vertébrale, car les apophyses épineuses qu'on aperçoit par transparence sont déviées de la ligne médiane et, contrairement à la description du médecin américain le sont du côté de la concavité.

Dans quelques cas même on peut constater un déplacement des côtes et une saillie assez nette de l'angle postérieur de l'anneau costal: mais nous partageons l'opinion du professeur Kirmisson et même quand il y a rotation et torsion vertébrales, toujours la translation ou le déjettement du tronc sont prédominants.

II. — Scolioses par glissement ou luxation.

« De même que l'écrasement latéral se peut assimiler à une gibbosité irrégulière orientée dans le même sens, de même ce glissement n'est en somme qu'une variété particulière et peu commune de spondylolisthesis » (Cestan).

Ce mécanisme est plus fréquemment observé que le précédent et l'examen des radiographies nous indique une proportion de 30 pour 100 environ, mais dans ces

cas la scoliose est presque toujours associée à une gibbosité.

Lannelongue a décrit cette luxation latérale en se basant sur deux autopsies. Dans l'une, le cartilage de l'articulation sacro-vertébrale est disparu et le corps de la cinquième vertèbre lombaire a glissé sur le sacrum de droite à gauche au point de venir reposer sur l'articulation sacro-iliaque gauche; dans l'autre, la deuxième vertèbre lombaire est transportée à gauche de plus d'un centimètre.

Dans une pièce du musée Dupuytren, la disposition est à peu près la même et voici ce que M. Ménard publie à ce sujet : « Le segment supérieur se porte par son extrémité malade à gauche de sorte qu'il ne répond plus au segment inférieur que par une partie de son épaisseur. Cette luxation peut avoir pour conséquence un chevauchement latéral irrégulier : les deux segments s'ulcèrent sur leurs parties en contact en même temps qu'ils chevauchent l'un sur l'autre.

La radiographie de l'observation XII nous montre bien cette luxation : le disque qui sépare la douzième dorsale de la première lombaire est complètement disparu ; la douzième dorsale a glissé à droite et la moitié gauche de cette vertèbre est en relation avec la moitié droite dans la vertèbre sous-jacente. Dans son

ensemble, la colonne présente un aspect coudé en baïonnette.

Quelquefois même on voit seulement la luxation d'une seule vertèbre dont le bord latéral vient faire saillie.

III. — Scolioses par troubles musculaires.

Ces troubles musculaires peuvent être de deux sortes, tantôt il s'agit de contractures, tantôt, au moment de la convalescence, de parésie.

a) Les scolioses par *contracture* sont de beaucoup les plus fréquentes et la moitié des cas de scolioses pottiques relèvent de ce mécanisme.

Elles peuvent s'observer au début de l'affection ou au contraire à la période d'état. Les muscles intéressés sont suivant les cas les muscles des gouttières vertébrales, soit les psoas. On conçoit facilement qu'une contracture des masses lombaires détermine de la scoliose, mais pour le psoas il en est autrement, et pourtant cette contracture a une grande valeur puisqu'elle est quelquefois le seul signe observé, au début du moins.

La contracture du psoas détermine une flexion de la cuisse sur le bassin, et celle-ci semble plus courte; pour rétablir l'équilibre, le bassin pivote autour de son

axe antéro-postérieur : la fosse iliaque du côté malade s'abaisse, mais il en résulte au niveau de la colonne vertébrale une scoliose lombaire à convexité tournée du côté de la contracture.

En un mot il se passe là ce qui se passe dans la coxo tuberculose, et l'on conçoit l'erreur de diagnostic. Signalons en passant que c'est par la pression sur la tête fémorale, par l'étude des mouvements de la hanche (surtout ceux d'abduction) qu'on pourra trancher le diagnostic.

Quelquefois la contracture du psoas est double, avec légère prédominance unilatérale cependant. C'est ce qui nous explique la limite si marquée des mouvements d'hyperextension de la colonne et la démarche de ces petits malades qui se tiennent légèrement accroupis.

A la période d'état, la contracture du psoas présente encore une très grande valeur, car elle indique fréquemment la présence d'un abcès et cette recherche doit toujours être pratiquée.

Dans les annales d'orthopédie, le P^r Kirmisson attirait l'attention à ce sujet, et l'examen des radiographies nous montre que 50 pour 100 des abcès pottiques s'accompagnaient de scolioses.

b) Scolioses par *atrophie musculaire* à la période de convalescence.

Nous publions plus loin l'observation d'une jeune malade chez qui on constate une scoliose sus-jacente et une énorme cyphose. Cette cyphose est d'ailleurs très réductible et disparaît dans le décubitus. De même l'observation XXV du Dr Røederer intéresse une malade qui, au sortir d'appareils plâtrés et malgré les appareils en celluloïde, a présenté une scoliose gauche avec abaissement notable de l'omoplate droite, sans rotation.

Ces scolioses seraient très fréquentes et d'après Cayre, « il n'est pas d'orthopédiste qui, après avoir surveillé attentivement pendant des mois l'évolution d'un mal de Pott, n'ait eu enfin de traitement, la désagréable surprise de constater une déviation latérale. Cette déviation est quelquefois plus tardive, et c'est la famille désolée, qui ramène le petit malade parce que maintenant « il s'en va de côté ».

Comme dans l'observation de Røederer, il ne s'agit pas d'une rechute de mal de Pott; il n'y a pas au niveau de la gibbosité de modification nouvelle, pas de troubles sensitifs.

Il s'agit donc de troubles musculaires sans doute de parésie musculaire avec atrophie; il faut faire reprendre les appareils correcteurs pour éviter de laisser cette déviation simple se transformer en une scoliose fixe, compensée et par suite incurable.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'anatomie pathologique nous a montré les différentes conditions nécessaires à la production d'une scoliose: soit contracture musculaire, soit luxation, soit écrasement d'une demi-vertèbre. C'est la première forme clinique qui est la plus fréquente, c'est elle que nous décrirons tout d'abord. Le professeur Kirmisson, dans la Revue d'orthopédie, y a bien insisté, et en a fixé définitivement la symptomatologie du début.

La région le plus souvent atteinte est la région dorso-lombaire et la scoliose est formée par une courbe de grande amplitude. Cette déformation vertébrale est très précoce et alors que dans le Pott ordinaire, surtout chez l'enfant, elle n'apparaît que tardivement, longtemps après les phénomènes initiaux, quelquefois même après les abcès, dans cette forme, elle précède au contraire les autres symptômes.

Cette courbure entraîne des modifications du côté du rachis d'une part, du bassin d'autre part.

Dans certains cas, il n'y a pas de courbure de compensation et le tronc est déjeté en masse, il subit un mouvement de translation très marqué et les parents traduisent ce fait en disant que leur enfant « marche de côté ».

Dans ces cas, on note une saillie de la hanche du côté de la convexité et ce fait est des plus manifeste sur la photographie du malade N. (obs. XI). La hanche gauche est plus accentuée, effacée au contraire de l'autre côté.

Dans d'autres cas, des courbures de compensation peuvent se produire et elles sont soit à une courbure, (scoliose en C), soit à deux courbures (scoliose en S).

Sur la photographie, on note une légère ébauche de courbure de compensation à la région cervicale, les deux courbures ne sont pas de même valeur ; les deux ceintures pelvienne et thoracique ne se superposent plus et leurs deux centres sont désaxés.

De cette saillie de la hanche d'une part, de la courbure vertébrale d'autre part, il en résulte que le flanc droit se creuse et que le triangle de la taille s'agrandit de ce côté, s'efface de l'autre, ce que l'on voit clairement en regardant l'enfant de face.

Quant à la rotation vertébrale, nous l'avons signalée au chapitre précédent et en avons discuté l'existence et le mécanisme. Nous n'y reviendrons plus.

La déformation vertébrale entraîne, avons-nous dit, des déformations du bassin ; celui-ci pivote autour de son axe antéro-postérieur et la ligne des hanches est perpendiculaire à l'axe infléchi, d'où saillie d'un côté avec effacement de l'autre ; ces déplacements du bassin corrigent donc l'attitude vicieuse de la colonne lombaire.

On recherchera ensuite avec soin la présence des points douloureux soit au niveau des apophyses épineuses soit des apophyses transverses.

On arrive ainsi à découvrir une apophyse épineuse plus accusée et en exerçant une pression assez forte on réveillera une douleur profonde, indice de la lésion osseuse. La percussion pourra dans d'autres cas rendre les même services.

Ces auteurs ont attaché une grande valeur à la douleur des apophyses transverses et de l'observation V du docteur Phocas, c'est cette douleur *exquise* qui aurait permis de soupçonner un mal de Pott.

On devra s'enquérir des souffrances du malade et étudier les caractères des douleurs, à type radiculaire comme le décrit le Professeur Delbet, mais il n'y a là rien de bien spécial.

On examine ensuite les mouvements de cette colonne vertébrale ; la flexion en avant pourra mettre en évidence une saillie épineuse, qui avait pu échap-

per à la simple inspection ; elle permettra d'étudier la souplesse de la colonne et la réductibilité de la scoliose : c'est là un gros élément de diagnostic. En tenant compte en effet du début de la déformation, de l'intensité et de l'irréductibilité de la scoliose, on pourra presque faire le diagnostic. Alors que la scoliose simple évolue lentement, avec le mal de Pott, c'est au bout de quelques semaines qu'on observe des déviations irréductibles, et cette différence d'évolution présente une très grande importance.

La contracture des muscles spinaux sera facile à constater : dans quelques cas même cette tension est telle que les fibres musculaires semblent vibrer quand on percute le muscle.

Dans les cas moins nets, on s'attachera à la mettre en évidence par les procédés classiques : flexion en avant, latéralement, hyperextension du rachis, manœuvres sur lesquelles nous n'insisterons pas.

La contracture du psoas est des plus vives et des plus constantes et dans la thèse du docteur Donnezan, élève de M. le Professeur Kirrmisson « ce signe joint à une déviation latérale du rachis aidera puissamment au diagnostic ».

La démarche du malade est modifiée par cette contracture et nous voyons dans l'observation XII le malade marcher courbé en deux, prendre point d'ap-

pui sur la cuisse en flexion pour empêcher ou calmer la douleur produite par l'extension. De même, dans l'observation XIII, les cuisses de la petite malade sont fléchies sur le bassin et la démarche est légèrement accroupie.

L'examen du système nerveux sera ensuite pratiqué. Les réflexes sont tantôt exagérés du côté concave, tantôt du côté convexe. Nous rapportons même un cas de réflexe contro-latéral (observation XIII), mais nous n'avons pu déduire de relations entre le degré de la scoliose et l'exagération des réflexes. Il en est de même des troubles sensitifs ou sphinctériens qui sont d'ailleurs rares à cette période.

Enfin malgré la souplesse de la colonne et a fortiori, quand il y a contracture, on ne devra jamais négliger la palpation soignée des fosses iliaques, de l'abdomen, et dans certains maux de Pott bas situés, on devra même pratiquer le toucher rectal. La fréquence des abcès au cours de la scoliose est des plus grandes et si, au cours de l'évolution d'un mal de Pott, l'on voit apparaître une déviation latérale, il faut se défier des abcès dont la contracture du psoas est le plus souvent l'indice. Dans la statistique que nous publions plus loin, la radiographie nous a montré que 50 pour 100 des scolioses pottiques s'accompagnaient d'abcès.

Cette affirmation cadre bien avec l'observation de

M. le Professeur Kirmisson qui, dans ses cliniques, a signalé ce fait depuis longtemps.

Comme dans toute affection tuberculeuse, il faudra étudier l'état général du sujet qui, en confirmant le diagnostic, constituera un des principaux éléments du pronostic. Mais il n'y a là rien de spécial et l'on conçoit l'intérêt des recherches des antécédents personnels ou héréditaires, et des autres localisations bacillaires osseuses ou viscérales.

L'examen radioscopique viendra quelquefois lever les doutes. S'il est vrai que les lésions initiales d'un mal de Pott n'apparaissent pas dans la radiographie, (A. Weill et Røderer : Aspect radiologique du mal de Pott) il sera possible de reconnaître certaines modifications du squelette dans quelques cas. C'est ainsi qu'on se rendra compte de l'amaigrissement d'un disque intervertébral, de la décalcification osseuse, et même de l'irrégularité des bords des corps vertébraux.

La cuti-réaction peut encore rendre de grands services et dans l'observation de M. Røderer, c'est elle qui a permis le diagnostic qui fut d'ailleurs confirmé par l'évolution.

Comme autre procédé de laboratoire, signalons l'examen du liquide céphalo-rachidien qui, en décelant la réaction de M. Sicard, sera d'un grand secours.

A cette forme spéciale il nous faut maintenant

opposer les deux autres formes cliniques : scolioses par luxation ou écrasement.

Là, deux cas peuvent se présenter : ou la scoliose est combinée à une gibbosité, c'est le cas le plus fréquent, ou elle est simple.

Si la scoliose est surajoutée son intérêt est des plus relatifs, car la présence de la gibbosité empêchera toute confusion avec les différentes scolioses et le diagnostic étiologique s'impose.

S'il y a seulement déviation latérale le diagnostic est alors bien plus délicat et certaines particularités cliniques se présentent.

Tout d'abord, la scoliose n'a pas l'amplitude des cas précédents ; le phénomène qui se produit là est comparable à la gibbosité *angulaire* et postérieure qui se produit dans les cas ordinaires ; la lésion n'intéresse qu'une ou deux vertèbres et la déviation est donc des plus réduites.

Dans quelques cas d'affaissement osseux cependant, la colonne vertébrale est comparable à une tige osseuse rigide, cassée en son milieu et dont les deux fragments forment un angle ouvert latéralement. Lorsque la scoliose est formée par la presque totalité de la colonne vertébrale, la contracture musculaire supprime toute mobilité et rend solidaires les vertèbres de la région dorsale et la région lombaire. C'est

alors là qu'on observe ce déjettement en masse du tronc, sans scoliose de compensation ; c'est surtout dans ces cas que les phénomènes fonctionnels sont accentués (douleurs spontanées ou provoquées, troubles de la marche).

Mais ces symptômes ne sont pas toujours aussi nets, et dans l'observation que nous publions plus loin (Obs. XVII et XVIII), on notait de la rotation du rachis avec bourrelets de torsion et une souplesse assez bien conservée.

Dans ce cas, malgré la destruction de la moitié inférieure et droite de la cinquième lombaire, la contracture musculaire n'était pas très marquée et ce sont les rayons X qui ont permis le diagnostic.

On conçoit donc, dans ces cas, tout l'intérêt d'une radiographie : car ses indications sont toujours faciles à interpréter, et elles constitueront de précieux renseignements tant au point de vue du pronostic que du traitement.

*
* *

La fréquence de toutes ces déviations du rachis au début ou au cours d'un mal de Pott est donc assez élevée, aussi sera-t-il bon de se rappeler ce fait chaque fois qu'on examine une colonne vertébrale incurvée et

nous allons maintenant étudier le diagnostic différentiel et étiologique de toutes les scolioses.

En première ligne, nous placerons la scoliose simple ; c'est elle qui offre le plus de ressemblance et d'analogie.

Si la déviation latérale est associée à une gibbosité vertébrale, le diagnostic s'impose et l'erreur n'est pas possible : la scoliose est alors un élément surajouté, sans grand intérêt d'ailleurs.

Il en est de même si la palpation soignée du ventre ou de la région lombaire décèle la présence d'un abcès.

D'autre part, si l'on constate une gibbosité qui, au lieu d'être vertébrale est latérale et costale, s'il n'y a pas de douleurs au niveau des courbes, si les réflexes sont normaux, on pourra écarter en pareil cas l'idée de tuberculose vertébrale ; mais en général le diagnostic est bien plus difficile.

Au cours de notre description, nous avons insisté sur les caractères de la douleur provoquée ou spontanée, sur la recherche des contractures, surtout du psoas, sur la valeur des modifications des réflexes, sur la rapidité d'évolution ; mais il faut savoir que tout espèce de phénomènes douloureux peut manquer au début du moins et qu'il existe des scolioses douloureuses sans évolution ultérieure d'un mal de Pott (obs. XXIII).

A ce sujet, le Pr Kirmisson rapporte un cas de scoliose simulant le Pott. On pouvait observer de la contracture, des phénomènes douloureux et même une légère saillie antéro-postérieure constituée par une apophyse épineuse.

En pareil cas, les hésitations sont légitimes et la question n'est souvent tranchée que par la radiographie et l'évolution.

L'absence de contractures, la réductibilité et la souplesse de la colonne peuvent s'observer et il existe de nombreuses observations nous montrant un malade soumis à la gymnastique orthopédique alors qu'il s'agissait d'un mal de Pott.

La rotation des vertèbres et la déformation costale qui en résulte, pour être plus accentuée dans le cas de scoliose simple, peut cependant exister et nous rappelons l'observation dans laquelle le bourrelet de torsion était net, les méplats du côté concave très marqués, une saillie costale assez développée.

Il n'existe donc pas de signe pathognomonique de la scoliose pottique. C'est par la réunion de plusieurs symptômes, l'étude de leur date d'apparition, l'examen des antécédents du sujet et de l'état général qu'on pourra porter le diagnostic.

C'est ainsi qu'un déjettement en masse du tronc avec contracture du psoas, qu'une irréductibilité

de la courbure malgré un début tout récent, qu'une évolution très rapide peuvent faire poser le diagnostic et l'on conçoit toute l'importance d'une erreur ; car si la scoliose simple guérit par une mobilisation savante, le mal de Pott guérit par une immobilisation absolue. Aussi le professeur Kirmisson a-t-il proposé une sorte de traitement d'épreuve. « La scoliose traitée par le redressement forcé ne s'exagère pas, mais ne s'améliore que lentement ; le mal de Pott soumis à ce régime s'aggrave certainement et quelquefois très vite.

Au sujet de cette scoliose vraie restent deux éventualités qui, pour être rares, peuvent se présenter.

Tout d'abord c'est la possibilité du développement d'une scoliose chez un pottique guéri. Le professeur Cestan n'en a pas relevé d'exemple et il faudrait, en pareil cas, se demander si les progrès de la difformité sont dus au réveil de la scoliose ou à l'apparition d'une scoliose vraie. Quand à l'évolution d'un mal de Pott sur une scoliose préexistante, c'est un phénomène exceptionnel M. Gendron et le Professeur Kirmisson en ont rapporté un cas. Mais Broca, que nous citons plus loin, déclare n'en avoir jamais vu. Tel est l'avis également de notre maître, le Dr Savariaud, des docteurs Ræderer et René Mesnard, assistant d'orthopédie à l'hôpital Trousseau.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue

les différentes déviations du rachis qui peuvent simuler le mal de Pott.

Scoliose pleurétique.

Nous rapportons plus loin l'histoire d'un malade de M. Rottenstein qui, après une pleurésie, fit une scoliose dont l'origine fut rattachée à l'affection pleurale. Mais l'évolution vint montrer l'erreur de diagnostic. Au bout de quelque temps, la scoliose disparut et fut remplacée par une gibbosité angulaire et médiane, signature du mal de Pott.

En général, le diagnostic est plus facile et l'absence de douleurs vertébrales, l'auscultation et la percussion du thorax ne laisseront aucun doute.

Scoliose d'origine statique.

Dans les cas de dénivellation du bassin (coxalgie, luxation congénitale), la colonne subit des modifications dans ses courbures.

Au cours des affections rénales, la douleur peut quelquefois être si vive qu'elle détermine une scoliose d'attitude, c'est ainsi qu'au cours de lithiase rénale, néphrite (Kirmisson), d'une périnéphrite (Bes-

son), ou même d'un rein flottant (Broca), on peut observer des déviations vertébrales.

De même, au cours d'une sciatique intense, pour soulager le membre douloureux, le malade déplace son centre de gravité et la hanche du côté malade devient saillante, il en résulte une scoliose de compensation qui, selon les cas, sera croisée ou plus rarement homologue mais il faut se défier et nous rapportons un cas de scoliose pottique qui fut, au début, pris pour une scoliose sciaticque et traité comme tel. Cette observation et celle de M. Rottenstein viennent donc confirmer la proposition que nous avançons précédemment, à savoir qu'il faut, de parti pris, penser au mal de Pott en présence d'une colonne vertébrale courbe.

Scolioses et traumatismes.

S'il faut n'ajouter que peu de créance aux traumatismes auxquels les parents rapportent ordinairement le début des lésions, il faut savoir cependant que le traumatisme peut avoir une grande influence sur la production de la déviation, et, d'autre part, qu'il existe des déformations vertébrales traumatiques tardives, tout à fait différentes du mal de Pott.

Ce syndrome, qui porte le nom de Kummel-Ver-

neuil et dont Kirmisson a rapporté quelques cas, présente une évolution assez spéciale qui ne permet pas de se tromper, ordinairement du moins. Après le traumatisme, on note les symptômes suivants : rachialgie au niveau du choc, marche parfois impossible, contracture ou parésie des membres inférieurs ; puis ces troubles disparaissent vite sans déformation vertébrale.

La deuxième phase de l'évolution qui dure quelques semaines à quelques mois, pendant laquelle le blessé reprend son travail, est silencieuse, et ce n'est que plus tard (troisième phase), que réapparaissent les douleurs, contractures ou parésie avec, cette fois, déformation vertébrale, le plus souvent cyphose.

Mais cette affection est relativement rare et le traumatisme incriminé par les parents est le plus souvent hors de cause.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas de scoliose congénitale, sur lesquels Mouchet a attiré l'attention.

C'est souvent la radiographie qui, en montrant une vertèbre lombaire en coin fera faire un diagnostic qu'on n'aurait peut-être pu soupçonner, si la mère avait dit que depuis la naissance l'enfant présentait cette déviation.

Scoliose tuberculeuse.

Maintenant, que faut-il penser de la scoliose tuberculeuse de Poncet et Leriche, dont ces auteurs ont admis l'existence il y a quelques années.

« Poncet déclare que la scoliose doit relever d'un processus infectieux, d'une ostéo-arthrite généralement tuberculeuse seule capable d'expliquer la terminaison par ankyloses, ostéophytes, déformations articulaires, rétraction ligamenteuse. Il est vrai, déclare Broca, dans ses lettres à Poncet, que les os, à la longue, s'éburnent, que les ligaments de la concavité se rétractent, mais l'ankylose vraie est douteuse ; sur les pièces du musée Dupuytren, elle n'existe pas, et quand elle existe, encore faudrait-il établir par l'histoire clinique que la pièce fut celle d'une scoliosté de l'adolescence et cette preuve manque.

Poncet insiste sur la coexistence fréquente de la scoliose et de la tuberculose. Or, Rokitansky autrefois, de nos jours, Lorenz, Hoffa, Karenski, et M. le Pr Kirmisson jusqu'à un certain point, ont admis l'antagonisme de ces deux affections et si la scoliose était due à une tuberculose atténuée, il serait fort surprenant que de temps en temps elle n'évolue pas en mal de Pott

ordinaire, ce que je n'ai jamais vu (Broca. Lettres à Poncet). »

Quant au pronostic du Mal de Pott scoliotique, il est bien différent selon le cas envisagé.

Si la scoliose est combinée à une gibbosité, le pronostic est relativement grave, et la scoliose ne constituant qu'un phénomène surajouté, c'est en somme celui du mal de Pott banal.

Si, au contraire, la scoliose existe seule et relève d'une contracture musculaire, tout différent est le pronostic : la contracture disparue, il n'est plus de déformation vertébrale et le pronostic dépend, dans ces cas, de la rapidité avec laquelle on institue le traitement.

TRAITEMENT

Le traitement du Pott scoliotique est dans ses grandes lignes celui du mal de Pott banal. Tout le monde est d'accord sur la nécessité, d'une part d'anéantir l'action de la pesanteur, d'autre part de la réclination. C'est dire que le traitement doit avoir pour base le décubitus horizontal ; suivant les auteurs l'immobilisation dans ce décubitus sera favorisée par une gouttière plâtrée ou par un corset de Sayre.

Le mal de Pott scoliotique n'échappe pas à cette règle et le décubitus et l'immobilisation plâtrée ou non (plâtrée vaut mieux, à notre avis) sera continuée pendant deux ou trois ans jusqu'à disparition complète de toute douleur à la pression, de toute contracture ; mais le traitement comporte cependant quelques particularités.

Pendant la dessiccation du plâtre, on pourra tenter de corriger la déviation latérale, soit en dirigeant les

membres inférieur du côté de la convexité, (formes inférieures), soit en pratiquant une correction manuelle dans les formes plus élevées.

Cette pratique donnera de bons résultats dans les cas de scoliose légère.

Dans quelques cas, quand la contracture musculaire est très accentuée, il faudra faire disparaître la cause du spasme réflexe, et au décubitus dorsal absolu, il faudra associer parfois l'extension continue.

Dans la Revue d'orthopédie (1892), le professeur Kirmisson donne une indication des plus importantes pour l'application des appareils plâtrés. La suspension verticale exagérant l'état de souffrance et par suite la contracture musculaire, il faut appliquer ces appareils dans le décubitus horizontal, le malade étant placé dans la position genupectorale.

Dans les formes de scoliose tardive, soit par usure, soit par luxation, la contracture ne joue pas le même rôle, on n'a pas à en tenir compte. On peut, en général, arriver à décharger le rachis du côté ulcéré, à diminuer l'ulcération compressive en faisant un corset plâtré.

Ces résultats seront obtenus par la méthode habituelle se réservant de faire la correction avant la prise du plâtre ; ou bien, si l'on a une potence à sa disposi-

tion, on place sur le côté convexe une large bande de flanelle qui vient s'attacher au montant de la potence et on obtient la correction avant la confection du plâtre.

Ce procédé est le meilleur, car la correction ayant été obtenue avant la confection du corset, on a moins à craindre les escarres, celles-ci sont assez fréquentes dans le cas précédent surtout si on a affaire à des aides bien intentionnés, mais inexpérimentés.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots des scolioses tardives de la convalescence. Certains auteurs, Cayre en particulier, prétendent que le traitement doit être causal et susceptible de rendre aux muscles leur vitalité. En conséquence la gymnastique et le massage seront la base du traitement.

Tel n'est pas notre avis. La reprise de la gymnastique et du massage que Cayre réserve, il faut le reconnaître, aux seules formes soudées et anciennes ne saurait être désignée qu'avec d'extrêmes réserves. Il peut être imprudent de parler de gymnastique et de mobilisation, quand on prononce le mot de mal de Pott, et nous voulons éviter dans l'esprit de ceux qui nous liront une confusion qui pourrait faire croire à une similitude de traitement dans toutes les variétés de scolioses.

Nous estimons que le massage des muscles sous-jacents au foyer, que la gymnastique respiratoire ne

peuvent être compris que pour des formes anciennes, et nécessiteront de tels ménagements qu'il vaut mieux les confier à des médecins compétents.

Même à cette période nous estimons que chez un sujet qui n'a pas fini sa croissance, c'est le retour au corset fait suivant les indications précédentes qui donne les meilleurs résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(KIRMISSON. *Revue d'orthopédie*, 1892).

G. . . , Louis, 7 ans. Mal de Pott lombaire. A la date du 16 avril 1890, nous notons chez cet enfant l'existence d'une scoliose à double courbure présentant une convexité dorsale à gauche, et une convexité lombaire à droite, formant, dans l'ensemble, un S très allongé. La flèche, dans la région dorsale, mesure environ 5 millimètres ; l'angle inférieur de l'omoplate gauche est sur un plan un peu plus élevé que la droite. Il en est de même de l'angle supérieur. La voussure des côtes est beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite. L'écartement de l'omoplate par rapport à la ligne des apophyses épineuses est plus considérable à droite qu'à gauche. A gauche, il mesure 4 centimètres ; à droite, 5 centimètres. Vu par devant, l'enfant présente l'épaule gauche sur un plan plus élevé que la droite. La clavicule gauche est à la fois, plus élevée et plus inclinée d'avant en arrière. Il est à noter que l'enfant a eu du rachitisme : il a été noué, nous dit la mère, et n'a marché qu'à l'âge de dix-huit mois. En présence de ces symptômes nous croyons à l'existence d'une scoliose pure

et simple. Mais, à la date du 27 septembre 1890, nous constatons chez cet enfant un nouveau signe : c'est l'existence d'une contracture des muscles spinaux se surajoutant à la convexité lombaire droite, et déterminant de ce côté une saillie considérable. Le 7 mars de l'année suivante, le petit malade nous est présenté de nouveau, et nous constatons que la situation s'est beaucoup aggravée. Il existe maintenant une *flexion de la cuisse sur le bassin*; la déviation latérale du rachis à convexité droite, notée précédemment, est devenue plus accentuée; la palpation fait, de plus, reconnaître dans la fosse iliaque gauche, la présence d'un volumineux abcès froid, allant de l'arcade de Fallope à l'hypocondre gauche, et présentant une fluctuation évidente.

Voilà donc un cas dans lequel l'absence de tous les signes habituels du mal de Pott, d'une part, la déviation scoliotique du rachis, d'autre part, nous ont pendant près de six mois fait porter une appréciation erronée sur la véritable cause de la maladie. C'est seulement l'apparition de la contracture lombaire qui nous a mis sur la voie du diagnostic.

OBSERVATION II

(KIRMISSON. *Revue d'Orthopédie*, 1892).

G... L..., 7 ans 1/2. Mal de Pott lombaire. Le malade présente une courbe scoliotique de la colonne vertébrale, caractérisée par une convexité droite dans la région dor-

sale, gauche dans la région lombaire. Le flanc droit est excavé, le flanc gauche soulevé. Lors de notre premier examen qui avait lieu le 11 novembre 1890, nous restons hésitant entre une scoliose et un mal de Pott. Huit jours après, le 18 novembre, l'enfant nous est présenté de nouveau. Nous constatons alors une contracture des lombes qui fait incliner le tronc à droite, et une immobilité de la partie lombaire de la colonne vertébrale. Ces symptômes nous font admettre la réalité d'un mal de Pott, et nous appliquons un corset plâtré. Le 16 décembre, ce corset plâtré est enlevé et nous constatons une saillie très nette, douloureuse à la pression dans la région lombaire : en même temps, l'enfant a de *l'incontinence d'urines*. Etant debout le petit malade ne peut pas se redresser complètement, et il marche le corps penché en avant. Le corset est remis en place, le corps étant dans la position genu-pectorale.

OBSERVATION III

(KIRMISSON. *Revue d'orthopédie*, 1892).

M. M..., 10 ans. Mal de Pott lombaire. Cette malade nous était présentée, le 10 septembre 1892, comme atteinte de scoliose. On constatait, en effet, chez elle, une déviation latérale du rachis à double courbure, avec convexité dorsale gauche et lombaire droite. La mère disait n'avoir constaté cette déformation que depuis six semaines. Outre la déviation scoliotique, il existait une inclinaison énorme du tronc sur le côté gauche. Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut le rapide développement (6 semaines) d'une difformité aussi considérable, et cette inclinaison en

masse du tronc vers le côté gauche jointe à la scoliose. De plus, en examinant la malade, nous pûmes aisément constater l'existence d'une contracture très prononcée de la masse sacro-lombaire. Nous constatâmes encore un certain degré de *sensibilité à la pression au niveau des apophyses transverses* de la région lombaire. Il devenait donc probable que nous avions affaire à un mal de Pott, et cette probabilité était encore augmentée par la présence d'une petite tumeur (gomme tuberculeuse) au niveau des côtes inférieures du côté gauche. En effet, il nous suffit de faire coucher le malade sur le dos et de palper profondément l'abdomen, pour y reconnaître un volumineux abcès froid remplissant toute la fosse iliaque droite. Voilà donc encore un cas dans lequel une courbure latérale du rachis, en l'absence de toute courbure antéro-postérieure, décelait la présence du mal de Pott.

OBSERVATION IV

(PHOCAS, citée *in* Thèse Brunelle, Lille, 1893).

Une fille de 5 ans présente un mal de Pott dorso-lombaire, avec une gibbosité très petite. Quand je l'ai examinée pour la première fois, on voyait une apophyse épineuse qui faisait un très léger relief. En même temps, il existait une déviation à droite de la colonne dorsale, et une rotation à gauche du bassin. On apercevait manifestement les muscles de la colonne vertébrale plus saillants d'un côté. Enfin, la douleur à la pression était nulle au niveau de l'apophyse épineuse, tandis que l'on provoquait une *douleur très aiguë en pressant sur l'apophyse transverse*.

Le diagnostic de Pott vertébral fut confirmé. C'est grâce à ce point douloureux que j'ai pu mettre en évidence le mal de Pott et persuader les parents de la nécessité de l'immobilisation au lit.

OBSERVATION V

PHOCAS. *Revue d'orthopédie*, 1892.

Mal de Pott simulant la scoliose au début. Inclinaison de la colonne vertébrale à la région dorsale et torsion de la région lombaire.

Le nommé Alphonse Pett... âgé de 14 ans, se présenta à ma consultation de l'hôpital, le 19 mai 1891, pour une déformation de la colonne vertébrale.

Né de parents sains, il ne présente rien à signaler du côté de ses antécédents héréditaires ou personnels. Il a toujours été bien portant, n'a pas fait de maladies sérieuses et n'a pas eu d'accidents scrofuleux.

Il y a 9 mois environ, il s'est aperçu d'une déformation du thorax sans douleur et sans que l'état général soit altéré.

Nous constatons que la colonne vertébrale a subi un certain degré de scoliose, la région dorsale paraît convexe à droite, l'épaule droite est plus proéminente que la gauche et plus élevée, la ligne du cou est presque transversale à droite, tandis qu'elle est oblique à gauche, la ligne des apophyses épineuses décrit une très légère courbure à droite. L'apophyse épineuse de la 1^{re} vertèbre lombaire fait une légère saillie ; à partir de ce point, la ligne des apophyses épineuses subit une déviation lom-

baire en sens inverse de la déviation dorsale. La hanche gauche est un peu plus saillante. En somme, on croirait avoir affaire à une scoliose lombaire primitive gauche avec scoliose de compensation dorsale droite. Cependant la saillie presque insignifiante de la première apophyse épineuse lombaire nous donne à réfléchir. Nous explorons avec le plus grand soin la sensibilité des apophyses épineuses sans pouvoir découvrir la moindre trace de douleur.

La percussion, la pression sur ces apophyses sont négatives. Il en est de même de la pression sur les épaules.

D'un autre côté, la colonne vertébrale ne paraît pas rigide, l'enfant se baisse convenablement pour saisir un objet à terre et n'accuse aucune douleur. Rien du côté de l'abdomen ou des membres.

La marche se fait très bien et c'est à pied que le malade est venu nous consulter pour sa déviation.

Devant l'absence absolue de douleurs, la mobilité de la colonne vertébrale, *l'intégrité* de l'état général et la constatation des bons antécédents, nous éliminons — à tort — le mal de Pott.

Nous notons bien la saillie de la 1^{re} lombaire, mais en regardant bien, nous constatons que les autres apophyses épineuses avoisinantes, celles de la 2^e lombaire, ainsi que les 2 dernières dorsales, sont assez saillantes.

Il fallait donc supposer que le mal de Pott était assez étendu, sans provoquer le moindre phénomène subjectif, sans occasionner la moindre douleur, et cela, malgré l'absence de tout traitement.

Cette considération finit par nous faire pencher vers la scoliose, scoliose bizarre, disions-nous, où le centre d'inflexion vertébrale a subi comme une subluxation en ar-

rière, qui fait saillir une vertèbre, scoliose bizarre aussi en ce qu'elle ne détermine pas de gibbosité costale nette, mais une inclinaison en masse de la colonne dorsale.

A l'heure actuelle, il est probable que nous aurions évité l'erreur de diagnostic. Il y a 2 ans nous l'avons commise — et nous prescrivons alors des mouvements d'auto-suspension et de suspension latérale.

Ces exercices furent du reste supportés avec beaucoup de facilité par le patient. Ils ne réveillèrent au début aucune sensibilité et la déviation parut même évoluer avantageusement. Comme il arrive souvent dans ces cas, au bout d'un mois le malade a disparu de la consultation. Il ne se représenta que 6 mois après et nous raconta l'histoire suivante : à la suite de la 10^e séance de gymnastique supportée facilement comme les autres, il se sentit fatigué. Bientôt il ressentit des douleurs dans la jambe droite et fut forcé de s'aliter pendant quelques jours. Il a cessé, dès lors, de venir, mais dans ces derniers temps, on ne sait pourquoi, il voulait nous revoir. Eclairé par cette histoire, je n'hésitai plus à réparer mon erreur. J'admis l'existence du mal de Pott et appliquai séance tenante un corset de Sayre inamovible en recommandant au malade de cesser ses promenades et de garder le repos tant qu'il pourrait.

Du reste, à partir de ce moment, le doute n'était plus permis. La gibbosité vertébrale était nette. la saillie de la vertèbre lombaire avait augmenté et la pression déterminait une légère douleur, accompagnée d'une certaine fixation de la colonne vertébrale.

Le malade a continué dès lors à porter un appareil de Sayre, qu'il se fit renouveler tous les 2 mois. Il a trouvé du soulagement à cette manière de faire et dernièrement

encore, il venait faire renouveler son corset et je pus l'examiner à nouveau.

15 nov. 1892. L'état général qui a périclité un certain moment est devenu assez bon.

Les douleurs ont disparu depuis longtemps.

Du côté de la région lombaire, il existe une forte gibbosité constituée par 3 vertèbres, gibbosité accentuée par l'adjonction d'une bourse séreuse.

A partir de la gibbosité connue d'un centre, la colonne vertébrale se dévie, la ligne des apophyses épineuses dorsales se dirige en haut et à droite.

La ligne des apophyses lombaires se dirige au contraire à gauche. Une ligne verticale élevée du point culminant de la gibbosité, va effleurer le bord spinal de l'omoplate gauche et figure avec la ligne des apophyses épineuses dorsales un angle aigu de 20 degrés.

La région lombaire présente une véritable scoliose en ce sens, que la masse sacro-lombaire est beaucoup plus saillante de ce côté, les apophyses transverses plus proéminentes, la hanche rejetée en dehors et en avant. Le malade étant placé dans la position du port d'armes, la hanche gauche vient en rapport avec le coude, tandis que de l'autre côté la hanche ne touche pas l'avant-bras. Aussi la ligne du flanc gauche figure avec la ligne du bras une demi-lune, tandis que de l'autre côté, la figure est celle d'un triangle ouvert en bas. En même temps il existe une forte lordose lombaire.

Le ventre paraît asymétrique. Une ligne vertébrale abaissée de l'appendice xiphoïde au pubis, laisse à droite d'elle l'ombilic. La crête iliaque gauche fait une forte saillie en avant.

Nous résumerons en deux mots la déformation : gibbo-

sité dorso-lombaire qui sert de centre à une double déviation : l'une dorsale ascendante, ayant pour effet de rejeter le thorax à droite, l'autre lombaire descendante constituée par une rotation du bassin de droite à gauche et d'arrière en avant.

En rapport avec cette dernière torsion des vertèbres lombaires, je noterai un signe sur lequel je me permettrai d'appeler particulièrement l'attention : je veux parler de la proéminence de l'apophyse transverse *qui est douloureuse à la pression*. A l'heure actuelle, on a beau palper, presser ou percuter les apophyses épineuses saillantes, la douleur provoquée est nulle.

Il suffit par contre, de *presser avec la pulpe du doigt sur l'apophyse transverse gauche de la vertèbre saillante* (qui est la 1^{re} lombaire) pour déterminer une douleur exquise.

Enfin, avec la déviation du bassin, les membres ont subi des modifications apparentes dans leur longueur, et la mensuration pratiquée de l'épine iliaque supérieure à la malléole externe accuse une différence de deux centimètres en faveur du membre inférieur gauche.

(Déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et particulièrement dans le mal de Pott dorso-lombaire, Phocas *Revue d'orthopédie* 1893).

OBSERVATION VI

(Dr MARLIER. *Revue d'Orthopédie*, 1893. Résumée.)

Edouard A..., âgé de 9 ans, est issu de parents sains, et présente, comme antécédents personnels, différentes affections des voies respiratoires. Il se plaint seulement

depuis un mois ou deux de quelques douleurs dans les côtes et dans les membres inférieurs. A mon premier examen, je constate une courbure scoliotique à convexité droite dans la région dorsale moyenne, saillie de l'omoplate correspondante avec élévation de son bord inférieur. Pas de courbure de compensation appréciable. Gibbosité costale droite peu accentuée. Pas de saillie sur la ligne épineuse, et pas de douleur en aucun point. Les troubles fonctionnels sont à peu près nuls. Le malade se baisse facilement, cependant les mouvements d'extension et de flexion du tronc s'exécutent avec une certaine lenteur. Je posai le diagnostic de scoliose et prescrivis des exercices de gymnastique qui ne furent pas suivis, par suite d'un empêchement. Trois mois après, je revis le petit malade avec une superbe gibbosité dorsale. Je prescrivis à l'enfant le repos dans le décubitus horizontal. Dans la suite, apparut, au niveau de l'arcade de Fallope, un abcès par congestion.

OBSERVATION VII

(H. TAYLOR, traduit *in* thèse Brunelle. Lille, 1893.)

Jeune femme de 29 ans, présente deux petites saillies au niveau de la onzième dorsale et au niveau de la troisième et quatrième vertèbre lombaire. Au niveau de ces deux points existe une brusque inclinaison de la colonne vertébrale vers la droite et le rachis forme avec le bassin un angle de 70 degrés. S'il existait une inclinaison de la colonne vertébrale il y avait peu de rotation véritable. On notait un commencement d'incurvation compensatrice sous la forme d'une courbe à convexité droite, dans la partie supérieure du rachis.

OBSERVATION VIII

(H. TAYLOR, traduit *in* thèse Brunelle. Lille, 1893.)

Ketch, de New-York, a observé le cas d'une jeune fille de 13 ou 14 ans qui présentait la plus forte déviation latérale du rachis qu'il ait jamais vue. Il existait, en même temps, un certain degré de lordose. La malade portait un corset qui lui avait été appliqué pour la scoliose. La rigidité du rachis, la *contracture du psoas*, un abcès dans la fosse iliaque droite, ne laissaient cependant aucun doute sur l'existence du mal de Pott. Ketch proposa l'application d'un corset plâtré, mais les parents satisfaits par les résultats obtenus par le premier appareil s'y refusèrent.

Quelques mois après, Ketch recevait de la mère une lettre lui disant que l'abcès s'était montré au dehors, qu'on avait vu survenir de la toux et de la diarrhée, et que finalement la mort était survenue.

OBSERVATION IX

(RIDLON, *Medical Record*, 1892. traduit *in* thèse Badin. Bordeaux, 1895).

E... M..., fille de 14 ans. Présente une déviation de la colonne vertébrale qui dure depuis un an environ. Elle a augmenté peu à peu sans s'accompagner de douleurs ni d'impotence. On remarque une courbure latérale dirigée à gauche allant de la région lombaire au milieu de la région dorsale avec rotation bien marquée. Il existe une

courbure compensatrice dirigée à droite dans la région dorsale supérieure. Les mouvements de la colonne vertébrale au niveau du point rigide ne sont pas douloureux. Le diagnostic de mal de Pott fut porté, d'après la rigidité et le spasme musculaire involontaire lorsqu'on essayait d'imprimer des mouvements à la région lombaire.

Ce diagnostic était en opposition avec l'opinion de deux chirurgiens généraux et d'un chirurgien orthopédiste qui avaient eu l'occasion d'examiner le cas. Le décubitus horizontal fut ordonné, et un corset non extensible à levier fut appliqué. Au bout de deux mois la déviation latérale et la rotation avaient disparu. La courbure était réduite de moitié. On permit alors à l'enfant de marcher en portant son corset. Lorsque je le revis la dernière fois en avril 1892, il y avait une légère reproduction de la rotation.

OBSERVATION X

B..., René, 8 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants ; frère et sœur bien portants.

Antécédent personnel ; Scarlatine ; bronchites l'hiver dernier.

Depuis 8 jours, la mère s'est aperçue que l'enfant se tenait mal et avait l'épaule droite plus forte que l'autre.

A l'examen, on constate les phénomènes suivants :

L'épaule droite est plus haute. L'omoplate droite est plus saillante et plus élevée que la gauche de 2 cent. environ et la pointe se trouve plus éloignée de la ligne médiane. Le triangle thoraco-brachial est plus dév eloppé à

droite et l'on s'en rend surtout compte en regardant l'enfant de face.

On note une *scoliose lombaire* à convexité gauche, et à ce même niveau existe une cyphose assez marquée, mais il a été impossible à la mère de préciser laquelle de ces deux déviations avait précédé l'autre.

Dans la région dorsale supérieure, scoliose de compensation à convexité droite, mais cette scoliose de compensation est moins développée que la scoliose primitive : le plan transversal du thorax ne correspond plus à celui du bassin.

Le petit malade se plaint de douleurs dans les reins, dans le ventre et les membres inférieurs surtout du côté gauche.

La percussion et la pression des apophyses épineuses ne provoque aucune douleur.

La palpation montre la contracture des muscles des gouttières, surtout plus marquée à droite.

Si le malade se penche en avant, on voit que la scoliose se réduit complètement et l'on est frappé par la souplesse de la région lombaire.

Si au contraire, le malade se renverse en arrière, ce mouvement est douloureux par suite d'un léger degré de contracture du *psoas*. De même les mouvements d'hyperextension de la cuisse sont douloureux quand l'enfant est étendu à plat ventre, si on le soulève par les jambes, cette partie du rachis reste complètement rigide et cette hyperextension est très douloureuse.

Les inclinaisons latérales de la colonne vertébrale sont très limitées.

Au niveau de l'articulation coxo-fémorale on ne cons-

tate aucune limite des mouvements d'adduction ou d'extension et cet examen ne provoque aucune douleur.

La palpation de l'abdomen ne donne aucun résultat.

La recherche des réflexes permet de se rendre compte de leur exagération surtout du côté gauche (côté convexe). Pas de trépidation épileptoïde du pied.

Enfin l'influence du repos au lit est des plus manifestes, et la mère a été frappée de ce fait que le matin au réveil son enfant est « complètement guéri » et ne présente aucune déformation.

L'examen radiographique met en évidence :

1° La scoliose lombaire.

2° La rotation des vertèbres : l'apophyse épineuse en effet qu'on voit par transparence ne répond plus au milieu du corps vertébral.

3° La présence d'un abcès fusiforme engainant les dernières vertèbres dorsales.

OBSERVATION XI

N. . . , Charles, 10 ans.

Antécédents héréditaires : 1 frère soigné à Berck ; un autre mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : Nuls.

Le début remonte à 6 semaines. La mère a remarqué que l'enfant se tenait mal et avait l'épaule droite plus haute.

A l'examen, et la photographie (planche II) le montre bien, on est tout d'abord frappé par le déjettement en masse du tronc. L'omoplate gauche est plus saillante et plus

élevée ; la hanche gauche fait une saillie très marquée. Le triangle thoraco-brachial est plus développé à droite.

La ligne des apophyses épineuses présente une scoliose lombaire, sans cyphose, avec une légère ébauche de compensation à la région cervicale.

La *rotation* des vertèbres est indiquée par un bourrelet de torsion du côté gauche, contrastant avec un méplat du côté droit.

L'enfant se plaint de douleurs du côté droit avec irradiations dans cette cuisse.

La pression et la percussion des vertèbres sont douloureuses et le maximum de la douleur, difficile d'ailleurs à préciser, répond aux dernières dorsales et aux 1^{res} lombaires.

Si l'on fait marcher l'enfant, on voit que sa démarche est spéciale : il marche à demi-courbé en deux, sa main droite prenant point d'appui sur sa cuisse droite ; s'il se tient debout, on note la flexion de la cuisse droite qui est des plus vives.

Si le malade se penche en avant, la *scoliose ne se réduit pas*, l'hyperextension est impossible par suite de *contracture du psoas*.

Si on cherche à la vaincre, on provoque une ensellure lombaire et une douleur localisée à ce niveau.

Cette contracture du psoas nous fait étudier plus attentivement encore les mouvements de la coxo-fémorale, mais pas de limite ni à la rotation de la cuisse, ni à l'abduction.

La palpation de l'abdomen ne révèle pas de traces d'abcès.

Légère exagération des réflexes :

La radiographie nous montre une scoliose à *convexité*

gauche, et un abcès fusiforme au niveau des X, XI et XII^e vertèbres dorsales.

Voilà donc deux cas de début scoliotique du mal de Pott chez lesquels la radiographie a montré la présence d'un abcès trop profond pour être perçu cliniquement, mais qu'aurait pu faire soupçonner la contracture du psoas.

OBSERVATION XII

B..., Rose; âgée de 27 mois.

Parents bien portants. Pas de frères ni de sœurs.

Le début remonte à 3 mois. La mère s'est aperçue d'une saillie de la colonne vertébrale et en même temps d'un amaigrissement qui s'est accentué de jour en jour.

A l'examen, on constate une gibbosité très marquée avec scoliose dont la flèche intéressant la 12^e et la 1^{re} lombaire est de 2 c. environ.

Les contractures musculaires sont apparentes et la colonne reste rigide au-dessus et au-dessous de la gibbosité.

Pas de contracture du psoas, pas de limite des mouvements de la cuisse.

Réflexes : normal à gauche, disparu à droite.

Radiographie : luxation du segment supérieur de la colonne sur le segment inférieur au niveau du disque qui repose. (Planche V).

OBSERVATION XIII

Marcelle Ad., 12 ans.

Parents bien portants, 7 enfants vivants : 2 garçons, 5 filles.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche, varicelle ; 4 ans congestion pulmonaire pour laquelle elle a été soignée à Trousseau ; Chorée à 8 ans. Guérie actuellement.

L'an dernier, aurait eu une sciatique droite, pour laquelle elle a été soignée à St-Louis.

Actuellement elle se plaint de douleurs lombaires irradiant dans la cuisse droite et le genou : ces douleurs consistent surtout en élancements et en piqûres.

A l'examen, on constate une scoliose en S à la région dorsale et lombaire.

La courbure lombaire est la primitive et la plus accentuée, à convexité gauche.

Au-dessus s'étend la courbure dorsale à convexité droite.

Ces courbures ne sont plus réductibles et quand on fait baisser la malade, la saillie costale apparaît. La rotation des corps vertébraux est indiquée par un bourrelet de torsion du côté gauche.

Par la pression et la percussion on ne peut déterminer qu'une douleur peu vive et difficile à localiser

L'hyperextension du tronc provoque une vive douleur et la flexion des cuisses.

L'examen des réflexes nous montre l'exagération très marquée à droite ; du côté gauche le réflexe rotulien est aboli, mais sa recherche *provoque un réflexe contra-latéral très net*. Pas de troubles de la sensibilité. La démarche est un peu spéciale et la malade marche légèrement accroupie.

OBSERVATION XIV (Planche III).

Communiquée par M. Mesnard.

Le 25 juin 1907, Georgette W., 5 ans se présente à la consultation avec une grave scoliose dorsale droite, irréductible et ayant entraîné une déformation de la partie correspondante au thorax.

Pas de rachitisme.

La malade est soumise à la gymnastique orthopédique.

Le 19 mars 1908, l'état est à peu près le même, mais la *déformation s'est accentuée.*

Le 15 février 1909, on fait porter à la malade un corset en cuir moulé.

La malade est perdue de vue pendant un an et ne revient que le 14 mars 1910. On constate une gibbosité au niveau des dernières dorsales et les cicatrices d'un abcès.

L'épaule droite est surélevée comme en témoigne la saillie de l'omoplate.

On note une scoliose cervicale de compensation et la tête de la malade est inclinée sur l'épaule droite.

La photographie que nous publions montre bien ces déviations. La radiographie confirme le diagnostic en montrant un abcès globuleux au niveau des dernières dorsales.

Le 21 mars 1910, on fait porter un corset plâtré avec fenêtres pour compressions.

A partir de cette époque, on change régulièrement le plâtre.

L'enfant grandit et se développe très bien ; actuelle-

ment la déviation latérale est à peu près corrigée, seule persiste la gibbosité.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. RÖDERER).

Le 21 mai 1910, Aline B. vient à la consultation, présentant un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité et scoliose très accentuées. Cette déviation latérale, qui ne mesure pas moins de 3 cent., est à une seule courbure et est irréductible. L'examen des réflexes montre leur exagération.

La radiographie (planche III) met en évidence les lésions vertébrales : le disque qui sépare la 12^e dorsale de la 1^{re} lombaire est disparue dans sa moitié droite et à ce niveau les deux vertèbres sont diminuées de hauteur et semblent fusionnées.

La malade est mise dans un corset plâtré, et on exerce sur la gibbosité une compression ouatée. Le plâtre est refait à peu près tous les 6 mois et actuellement la gibbosité est diminuée, ainsi que la scoliose.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par le D^r RENÉ MESNARD)

F. Pauline (planche III) 6 ans : parmi les antécédents, on relève la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. En 1909, la malade vue pour la première fois, présente une scoliose dorsale à convexité gauche, avec déjettement considérable de la partie supérieure du corps à gauche.

L'épaule gauche est très surélevée et très saillante. La tête est légèrement inclinée à droite. La flexion en avant montre l'irréductibilité de la scoliose. On pense à une scoliose simple, on met l'enfant à la *gymnastique orthopédique* et on la soumet à une mobilisation forcée.

Mais les résultats de ce traitement *sont des plus mauvais* ; l'enfant se plaint de douleurs dans le côté gauche, et on constate alors la saillie anormale de la 10^m^e dorsale. La photographie, prise à ce moment, nous montre bien l'ensemble de ces déformations : déjettement en masse, scoliose dorsale, saillie de l'omoplate, agrandissement du triangle de la taille à gauche et saillie épineuse de la 10^m^e dorsale.

La radiographie a confirmé le diagnostic. La malade est aussitôt plâtrée et actuellement est en traitement à Berck.

Voici maintenant quelques observations communiquées par M. le Docteur Røederer.

OBSERVATION XVII

O..., 49 ans. Jeune Brésilien, ressent au cours de l'hiver 1908 des douleurs très vives dans la jambe gauche. Le médecin consulté conclut à de la sciatique chez un sujet rhumatisant et le soigne dans ce sens.

Devant l'absence de modifications, ce médecin nous fait appeler en octobre 1909.

Le sujet est très robuste et bien développé. L'état général est excellent. Les douleurs dont se plaint le malade avaient été exacerbées par un long voyage, mais depuis quelques jours qu'il a gardé le lit ses phénomènes douloureux se sont atténués.

A l'examen, on remarque une scoliose lombaire gauche très apparente, avec inégalité considérable des triangles de la taille, translation du haut du corps vers la gauche, bourrelet de torsion à gauche, méplat sensible à droite. Pas de compensation dorsale.

La contracture est manifeste et dans la flexion on constate la saillie des apophyses transverses du côté gauche.

La percussion des apophyses épineuses est nettement douloureuses au niveau de la 4^e vertèbre lombaire et de la fossette de la 5^e.

Les réflexes sont normaux.

Malgré le bon état général du sujet, malgré la longue durée de l'évolution et le diagnostic de scoliose symptomatique d'une sciatique banale porté par un confrère, les manœuvres de Kirrmisson, la netteté de la douleur nous inclinent à croire qu'il s'agit d'un mal de Pott. Tel est l'avis du Dr Veau, chirurgien des hôpitaux, appelé en consultation.

La radiographie faite par le Dr Barette vient nous confirmer dans notre diagnostic :

La moitié droite de la 3^e vertèbre lombaire est disparue et elle affecte maintenant la forme d'un coin assez semblable à une scoliose congénitale. (Planche IV).

D'autre part, un empâtement de la fosse iliaque gauche, la suite de l'évolution, nous ont complètement fixés sur la nature de l'affection.

Cette observation nous montre donc l'insidiosité remarquable du mal de Pott de la V^me vertèbre lombaire, la déformation latérale par écrasement de la colonne lombaire avec phénomènes de rotation.

OBSERVATION XVIII

Suzanne Aud., 9 ans, fille unique nourrie au sein par sa mère.

A l'âge de 6 ans, pleurésie bacillaire et dans les années qui suivent : péritonite, adénopathie trachéo-bronchique, chaîne de ganglions cervicaux. Elle se plaint un jour de la colonne vertébrale et un médecin des hôpitaux nous demande d'aller l'examiner avec lui (mai 1912).

L'enfant se plaint depuis quelques jours de douleurs nocturnes irradiées le long du flanc gauche, augmentées par la marche, la fatigue.

La colonne vertébrale présente une légère courbe scoliotique lombaire gauche avec rotation assez accentuée des vertèbres. La 3^e vertèbre est particulièrement saillante, mais la masse sacro-lombaire gauche qui est soulevée par l'apophyse transverse semble, du fait de la rotation, être sur le même plan que l'apophyse épineuse. Il y a donc début de gibbosité antéro-postérieure et d'une scoliose avec rotation.

Les triangles de la taille sont inégaux : il est plus développé à droite. Contracture peu intense, souplesse presque conservée sauf toutefois dans l'hyperextension.

La palpation et la pression sur les apophyses épineuses ne provoquent pas de douleurs, et ce n'est qu'au niveau de l'apophyse transverse de la 3^e lombaire qu'on détermine une légère réaction. Exagération légère du réflexe rotulien à gauche.

Malgré les antécédents personnels de la malade et l'exagération des réflexes rotuliens, on n'ose se prononcer

formellement en faveur d'un mal de Pott. On recommande le repos couché, interrompu de quelques heures pour promenades de l'enfant.

Deux mois après, l'enfant ayant fait une chute, une crise douloureuse survient qui, durant 2-3 jours, effraie les parents. La radiographie, faite alors, montre une décalcification de la partie interne de l'apophyse transverse de la 3^e vertèbre lombaire. On décide que l'enfant restera couchée sur une planche.

Trois mois après, l'état local est identique ; si les douleurs spontanées ont disparu, la douleur à la pression et la percussion persiste. La légère scoliose ne s'est pas modifiée et l'exagération des réflexes est au contraire plus manifeste ainsi que l'atrophie des muscles inférieurs.

L'enfant est placé dans un lit plâtré avec réclination accentuée après correction de la colonne vertébrale (oct. 1912).

Au cours de l'hiver 12-13, on note disparition à peu près complète de la gibbosité et de la scoliose, mais une radiographie nouvelle (mai 1913) montre qu'il s'agit d'un Pott : le disque entre les III^e et IV^e vertèbres lombaires est diminué, les faces vertébrales en contact sont érodées, une tache de décalcification est visible sur la partie latérale gauche de la 3^e vertèbre.

Il s'agit là d'un Pott particulièrement insidieux et bénin qui, les légères douleurs et la saillie de la 3^e mises à part, était caractérisé au début par de la déviation latérale.

OBSERVATOIN XIX

J. A..., âgée de 24 ans, Pierrefitte.

Consulte en novembre 1910 pour des douleurs persistantes du flanc droit, irradiant en ceinture et le long de la cuisse droite. Pendant quelque temps, même, elle a été soignée pour des *crises néphrétiques*.

L'examen du dos nous montre une scoliose gauche à grande courbure, à courte flèche, 2 cent. environ. Pas de rotation des vertèbres. Le dos est raide. Flexion et hyperextension sont douloureuses : la percussion de la 10^e dorsale est sensible.

L'exagération des réflexes est manifeste ainsi que l'atrophie des membres inférieurs.

Clonus du pied.

La radiographie n'avait pas confirmé le diagnostic de Pott, mais au cours de l'évolution de la maladie suivie depuis 3 ans, les examens répétés ont permis de découvrir dans la fosse iliaque droite un empâtement d'abord, un abcès ensuite.

Le malade est actuellement incomplètement guéri, mais grâce au port d'appareils en cellulose, cette scoliose est disparue depuis 6 mois.

OBSERVATION XX (PERSONNELLE)

Albert A..., 13 ans et demi.

Parents bien portants, fils unique.

Pas de maladies éruptives. Ganglions cervicaux à 6 ans.

A toussé, il y a trois ans, tout l'hiver. Souffre de son dos depuis juillet.

Faisait de la gymnastique à l'école, et a senti une douleur subite; depuis 6 mois a mal au flanc et le long de la crête iliaque. Douleurs provoquées par les mouvements de latéralité et dans l'hyperextension.

A l'examen : dos creux. Scoliose gauche lombaire avec inégalité des triangles de la taille. Saillie postérieure au niveau des III^e et IV^e lombaires avec bourrelet de torsion à gauche.

Palpation de l'abdomen et de la fosse iliaque négative.

Réflexes patellaires exagérés.

La radiographie montre une destruction partielle du corps de la IV^e lombaire qui affecte la forme d'un coin à sommet droit.

OBSERVATION XXI D^r ROTTENSTEIN.

Revue d'orthopédie, 1905.

Mal de Pott à début scoliotique, qu'on avait pris pour une scoliose pleurétique.

Disher Jean, 8 ans 1/2, est amené le 3 juillet 1903 à la consultation de Trousseau. L'enfant vient de Forges, où il a été soigné pour une pleurésie et à son retour la mère s'est aperçue d'une déformation rachidienne.

Le Professeur Kirmisson examine l'enfant et porte le diagnostic de scoliose totale à convexité droite, d'origine pleurétique. On recommande à la mère de faire suivre à l'enfant le traitement habituel des scolioses et on lui fixe un rendez-vous pour des séances de gymnastique orthopédique au mois d'octobre.

A ce moment, l'enfant revient et la mère dit trouver une aggravation notable.

Toute trace de scoliose a disparu et cette dernière a été remplacée par une gibbosité angulaire et médiane siégeant au niveau de la 11^e dorsale. Pas plus que la première fois l'enfant ne se plaint de douleurs soit spontanées, soit provoquées.

Il ne présente pas de trace d'abcès cliniquement appréciable en aucune région. Les réflexes sont normaux. Les antécédents cadrent bien avec l'idée d'une tuberculose vertébrale. Le père alcoolique est un toussueur habituel. Sur 10 enfants nés vivants, il n'en reste plus que 3.

Le diagnostic vient d'ailleurs d'être confirmé par la radiographie.

OBSERVATION XXII

Communiquée par le D^r MESNARD.

H..., Gabrielle, 10 ans et demi, présentait un mal de Pott datant de 4 ans avec attitude scoliotique recente, semblant, au dire de la mère, consécutive à une gymnastique trop violente faite à l'école.

Le 29 mars 1911, on lui fait porter un appareil plâtré, et on le renouvelle régulièrement tous les 6 mois. Actuellement, l'enfant va aussi bien que possible, les plâtres successifs ont permis le développement régulier et l'enfant a grandi de 3 centimètres dans le courant de cette dernière année.

OBSERVATION XXIII

Communiquée par M. RœDERER.

Scoliose douloureuse

M. P..., 21 ans.

Jeune étudiant qui, ayant échoué à Centrale, entre dans une grande usine pour y faire un apprentissage pratique.

Après 6 mois de travail intensif, auquel il n'était pas habitué, il commence à ressentir des douleurs dans la région lombaire gauche et le flanc du même côté, et une sensation de fatigue à la partie inférieure de la colonne vertébrale qui s'accroît le soir et est diminuée le matin.

Ces phénomènes deviennent si manifestes que les parents vont consulter un de nos maîtres des hôpitaux qui rejette l'hypothèse d'un mal de Pott.

Quelque temps après, le malade est amené à notre cabinet, parce que les symptômes n'ont pas diminué.

L'examen du dos nous montre une scoliose lombaire gauche d'un centimètre de flèche tout au plus, non compensée dans la région dorsale mais ayant amené une translation latérale gauche telle que le triangle de la taille est effacé à gauche et que la hanche du côté droit fait au contraire fortement saillie.

Quand on fait baisser le sujet en avant, on remarque une rotation assez accentuée des vertèbres lombaires, avec bourrelet de torsion à gauche et méplat à droite.

La succussion et la percussion ne sont en aucun point douloureuses, pas plus que la pression des apophyses transverses.

Les réflexes rotuliens, légèrement exagérés ne le sont

cependant pas plus que les autres réflexes chez un garçon d'ailleurs nerveux.

Les douleurs spontanées n'ont jamais été très lancinantes, les antécédents d'autre part sont nuls et l'état général excellent.

Alors le diagnostic de mal de Pott pouvait être écarté avec réserve ; et quelque invraisemblable que puisse paraître ce fait dans la classe sociale à laquelle appartient ce sujet, il s'agissait probablement d'une scoliose de date ancienne, ayant passé inaperçue au moment de sa constitution, s'accroissant peut-être sous l'influence des travaux accomplis par ce sujet peu entraîné et devenue douloureuse.

La cuti-réaction fut d'ailleurs négative et le traitement gymnastique ordonné par nous fut suivi avec profit sans augmentation des douleurs et sans faire apparaître de contractures.

OBSERVATION XXIV (Rcederer).

Scoliose dorsale compensant une scoliose pottique
cervicale.

P. E..., 18 ans, a fait, à l'âge de 6 ans, un mal de Pott intéressant la 7^e cervicale et la 1^{re} dorsale. Longtemps soigné à Berck, l'enfant vient nous consulter (hiver 1912).

On constate une légère saillie des dernières cervicales et des deux premières dorsales combinée à une scoliose à convexité droite.

Dans la région dorsale, nous trouvons la compensation de cette double déformation vertébrale.

Le dos plat a remplacé la courbure dorsale supérieure ; la ligne des apophyses épineuses s'est incurvée à gauche et l'omoplate droite est descendue de 3 centimètres.

Il s'agit donc d'une légère scoliose dorsale sans rotation des vertèbres, scoliose mécanique compliquant un Pott ancien et incomplètement soudé.

C'est là un fait banal que nous avons constaté maintes fois et que nous avons voulu rappeler à cause de la confusion possible avec un nouveau mal de Pott.

OBSERVATION XXV, RœDERER.

Scoliose après plâtre.

Hélène D..., âgée de 13 ans. Atteinte il y a 4, 5 ans, d'un mal de Pott mal soigné, puis suivi pendant un an par le docteur Giraud qui nous l'adresse.

La période aiguë nous paraissant passée nous conseillons à cette enfant, présentant une grosse gibbosité dorsale inférieure, le port d'un appareil en celluloïde sans compression.

L'enfant, d'ailleurs mal surveillée, présente en 1911, quelques mois après, une scoliose totale gauche, avec abaissement notable de l'omoplate droite, sans rotation.

Nous faisons alors reprendre les appareils plâtrés, sans chercher à corriger la gibbosité dorsale, et nous redresson la déviation latérale. Celle-ci se maintient depuis deux ans sous l'influence du port continu d'appareils.

Il y a de grandes chances pour que la suppression du corset soit suivie à plus brève échéance d'un nouveau tassement latéral. Nous envisageons donc la continuation

presque indéfinie de cet appareil empêchant l'effondrement à droite.

OBSERVATION XXVI

Scoliose post-pottique sus-jacente à la gibbosité.

Leu. . . , 10 ans. §

Mal de Pott dorsal avec énorme gibbosité intéressant les 11^e, 12^e vertèbres dorsales et la première vertèbre lombaire. L'enfant est resté à Berck 27 mois. Elle porte encore un corset plâtré.

Dernièrement, la mère s'est aperçue que, le plâtre enlevé, l'enfant présentait une élévation de l'épaule gauche.

A l'examen, on note en effet une courbure cervicale à convexité gauche de 2 cent. de flèche. Cette courbure est des plus réductibles et dès que l'enfant est couchée elle disparaît.

Des 2 épaules, la gauche est sensiblement plus élevée, l'omoplate est très saillante et son bord spinal soulève les téguments.

Cette observation, se rapproche de la précédente, qui nous a été communiquée par M. Røederer.

EXAMEN

DES

RADIOGRAPHIES DE MAUX DE POTT

Hôpital Trousseau : Service du D^r Albert Weill.

- 429.— Mal de Pott lombaire sans scoliose.
- 439.— Mal de Pott lombaire sans scoliose.
- 484.— Mal de Pott 3^e vertèbre lombaire. Luxation de la 2^e sur la 3^e et destruction de la moitié gauche de la 3^e lombaire. Scoliose gauche.
- 467.— Abscès pottique énorme. Colonne dorsale. Pas de scoliose.
- 481.— Raréfaction du tissu osseux des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e vertèbres dorsales. Luxation double de la 7^e qui semble énucléée. Scoliose à convexité gauche avec compensation dorso-lombaire.
- 920.— Abscès pottique et mal de Pott dorso-lombaire ancien. Légère scoliose gauche.
- 111.— Mal de Pott cervical. Scoliose gauche par luxation.
- 111.— Mal de Pott intéressant les 10^e, 11^e, 12^e, 1^{re} lombaires. Ecrasement de la 11^e dorsale dont la moitié gauche est disparue. Scoliose avec gibbosité.
- 207.— Enorme abcès pottique dorsal. Destruction et soudure des 12^e, 11^e, 10^e vertèbres dorsales. Scoliose gauche.
- 830.— Abscès dorsal fusiforme. Scoliose à convexité droite par contracture.
- 233.— Mal de Pott cervical. Pas de scoliose.

311. — Cyphose énorme sans scoliose. Mal de Pott dorsal.
976. — Soudure des 10^e et 9^e vertèbres dorsales. Scoliose par écrasement.
993. — Mal de Pott. 8^e, 7^e, 6^e vertèbres dorsales sans scoliose.
993. — Mal de Pott intéressant les 3 premières lombaires. Destruction et luxation des 2 premières lombaires et trajet en baïonnette. Scoliose gauche.
271. — Abscès cervico-dorsal. Luxation de 7^e sur une dorsale. Scoliose droite.
788. — Mal de Pott lombaire. Luxation de la 3^e vertèbre lombaire qui semble énucléée.
688. — Luxation latérale de la 6^e dorsale. Scoliose gauche.
933. — Ecrasement et destruction de la 3^e vertèbre lombaire. Scoliose gauche.
377. — Abscès dorsal fusiforme. Déjettement en masse à gauche de toute la colonne. (Contracture).
462. — C. Ecrasement et destruction de la 11^e vertèbre dorsale dans sa moitié gauche ; Scoliose gauche.
129. — Mal de Pott intéressant 2^e, 3^e vertèbres lombaires. Scoliose gauche.
129. — Mal de Pott dorsal inférieur à forme scoliotique. Contracture.
287. — Mal de Pott 12^e vertèbre lombaire. Abscès. Destruction de la 12^e vertèbre lombaire et coudure de la colonne au niveau de la vertèbre malade.
680. — 5 ans. Mal de Pott dorsal. Pas de scoliose.
232. — 5 ans. Mal de Pott lombaire. Pas de scoliose.
629. — 4 ans. Abscès pottique énorme siégeant au niveau de la région cervicale et intéressant les 5^e, 6^e, 7^e vertèbres. Luxation de la 7^e cervicale sur la 1^{re} dorsale. Scoliose gauche compensée à la région dorsale.
672. — 13 ans. Mal de Pott de la 3^e dorsale. Scoliose droite très ample avec maximum répondant à la 10^e dorsale. Contracture.
168. — 6 ans. Mal de Pott des 2^e 3^e vertèbres lombaires. Coudure. Ecrasement de la III^e vertèbre. Scoliose lombaire à convexité gauche.

- 113.— Mal de Pott dorsal inférieur. Pas de scoliose.
- 578.— 13 ans. Mal de Pott de la 4^e vertèbre lombaire. Pas de scoliose.
- 323.— 7 ans. Abscès dorsal autour de la 6^e, 7^e, 8^e vertèbres dorsales. Scoliose très légère (Contracture).
- 315.— 12 ans. Mal de Pott lombaire. Pas de scoliose.
- 767.— Mal de Pott des 1^{re} et 2^e vertèbres lombaires. Scoliose gauche par écrasement.
- 601.— Cyphose énorme avec énucléation de la 3^e lombaire en arrière. Pas de scoliose.
- 383.— 8 ans. Mal de Pott lombaire de la 2^e et 3^e vertèbres lombaires. Ecrasement et scoliose gauche.
- 312.— 14 ans. Mal de Pott dorsal avec abcès autour des 6^e, 7^e, 8^e vertèbres dorsales. Contracture et scoliose droite.
- 771.— Mal de Pott dorsal de 6^e, 7^e, 8^e vertèbres. Scoliose gauche par contracture.
- 747.— 11 ans. Mal de Pott du dorsal inférieur Luxation en arrière et à gauche de la 11^e dorsale. Cyphose et scoliose gauche.
- 711.— Abscès pottique chez un vieux mal de Pott dorsal.
Enucléation de 8^e et scoliose droite.
- 516.— Mal de Pott des 8^e et 7^e dorsales avec abcès fusiforme.
Pas de scoliose.
- 156.— 13 ans. Soudure post-pottique des 12^e vertèbres dorsales et des 2 premières lombaires avec scoliose droite. Luxation considérable de 1^e vertèbre lombaire sur la 2^e. Ecrasement de la 1^e et de la 2^e.
- 347.— 3 ans. Abscès pottique dorsal autour des 6^e, 7^e, 8^e vertèbres dorsales. Déjettement en masse par contracture.
- 520.— 9 ans. Abscès énorme 7^e, 8^e, 9^e dorsales. Scoliose, par contracture.
- 267.— 2 ans. Abscès fusiforme au niveau de 9^e, 10^e vertèbres dorsales. Léger écrasement de la 10^e avec trajet en baïonnette. Scoliose gauche légère.

- 308.— Abscès globuleux au niveau des 11^e et 12^e dorsales.
Pas de scoliose.
- 362.— Mal de Pott avec abcès de la 3^e dorsale. Pas de scoliose.
- 350.— Mal de Pott avec abcès globuleux ou broche au niveau de la 10^e dorsale. Pas de scoliose.
- 360.— Abscès fusiforme autour des 10^e, 9^e, 8^e, 7^e dorsales. Pas de scoliose.
- 761.— Abscès étendu de la 8^e à la 11^e dorsale. Cyphose simple.
Pas de scoliose.
- 720.— Mal de Pott des 1^{re} et 2^e vertèbres lombaires, écrasement symétrique de la 2^e et cyphose. Pas de scoliose.
- 600.— Abscès étendu de la 6^e à la 12^e vertèbre dorsale. Léger déjettement en masse à droite, cyphose très marquée et légère scoliose par contracture.
- 414.— E. 5 ans. Destruction des 2^e et 3^e vertèbres lombaires.
Cyphose sans scoliose.
- 442.— C. Enucléation nette de la 12^e vertèbre dorsale.
Cyphose très marquée ; la face supérieure du corps de la 1^{re} vertèbre lombaire est en contact avec la face antérieure des corps de la 11^e et 12^e.
- 375.— E. 9 mois. Mal de Pott dorsal. Sans scoliose.
- 388.— Abscès fusiforme autour des 9^e et 8^e vertèbres dorsales.
Sans scoliose.
- 529.— Mal de Pott de la 5^e vertèbre dorsale. Luxation de 4 sur 5. Scoliose légère droite.
- 502.— E. 10 ans. Mal de Pott de la 6^e dorsale. Scoliose droite étendue. Contracture.
- 501.— Abscès formidable au niveau des dernières dorsales.
Légère scoliose gauche (contracture).
- 491.— E. 2 ans. Très légère scoliose gauche chez un mal de Pott intéressant les 8^e et 9^e vertèbres dorsales.
- 550.— E. 25 ans. Mal de Pott dorsal avec abcès sans scoliose.
- 416.— E. 10 ans et demi. Mal de Pott des 10^e et 11^e vertèbres dorsales. Pas de déviation.
- 416.— 5 ans. Mal de Pott lombaire intéressant la 3^e vertèbre. Pas de scoliose.

785. — Mal de Pott de la 10^e vertèbre dorsale et luxation de la 10^e sur la 11^e. Scoliose droite.

767. — 12 ans. Abscès fusiforme autour des 8^e et 7^e dorsales. Scoliose droite.

922. — Mal de Pott de la 5^e vertèbre lombaire. Scoliose droite.

396. — Mal de Pott de la 8^e dorsale. Soudure de la 7^e, 8^e et 9^e. Pas de scoliose.

835. — Abscès dorsal inférieur sans scoliose.

795. — Abscès dorso-lombaire intéressant les 6 dernières dorsales. Pas de scoliose.

872. — Abscès pottique siégeant au niveau des 4 dernières vertèbres dorsales. Pas de scoliose.

Sur 72 cas de maux de Pott, examinés aux rayons X, 39 s'accompagnaient de scoliose.

A part 3 cas intéressant la région cervicale, les autres intéressent la région dorsale (23) et lombaire (13).

Cinquante pour cent de ces cas s'accompagnaient d'abcès.

CONCLUSIONS

1° Plusieurs mécanismes conditionnent les déviations latérales du mal de Pott. Ecrasement osseux, luxation ou glissement vertébral, troubles musculaires (contractures, quelquefois parésies).

2° Ces formes scoliotiques sont loin d'être rares et l'origine pottique doit toujours être soupçonnée en présence d'une colonne vertébrale incurvée.

3° Le diagnostic clinique est, dans certains cas, très difficile et alors la radiographie, quelquefois seulement l'évolution viendront le trancher.

4° Le traitement du mal de Pott scoliotique est avant tout celui du mal de Pott banal : décubitus dorsal, immobilisation prolongée. De plus le traitement orthopédique spécial est indispensable et sera réalisé soit par la gouttière plâtrée dans les formes de début avec contractures ou mieux par le corset plâtré fait

après correction pour les formes de la période d'état.

5° Le retour au corset est le meilleur traitement de la scoliose de convalescence.

VU :

Le Président de la thèse,
KIRMISSON.

VU : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Andrieu.** — Traitement du mal de Pott chez l'enfant *Gazette des Hôpitaux*, 1911.
- Badin.** — Déviations latérales du rachis dans le mal de Pott. Bordeaux, 1895.
- Bidou** (de Grenoble). — Scoliose et son traitement, 1913.
- Broca.** — Lettres à Poncet. *Tribune médicale*, 1908.
- Brunelle.** — Déviations latérales simulant la scoliose dans le mal de Pott. *Thèse de Lille*, 1893.
- Calot.** — *Revue générale de clinique et thérapeutique*. Paris, 1908.
- Calvé.** — *Journal Médical Français*, XII, 1912.
- Cayre.** — Déviations latérales dans le mal de Pott. *La Clinique*, 1910.
- Cestan.** — Déviations latérales du rachis dans le mal de Pott. Toulouse (*Archives médicales de*), 1899.
- Chalier.** — Scoliose d'origine tuberculeuse. *Lyon médical*, 1907.
- Chipault.** — Travaux de neurologie chirurgicale, 1897. Traitement du mal de Pott. Œuvre médico-chirurgicale. *Manuel d'orthopédie vertébrale*, 1904.
- Donnezan.** — Du mal de Pott à forme scoliotique et de son traitement. *Thèse Paris*, 1907.
- Félix.** — Spondylose traumatique. *Thèse Paris*, 1912.
- Forgue.** — Traité de pathologie externe.
- Frœlich.** — Scoliose symptomatique d'un mal de Pott cervical. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1904.
- Gayet.** — La gibbosité dans le mal de Pott. *Thèse de Lyon*, 1897.
- Jouon.** — Présentation d'un malade atteint de mal de Pott scoliotique. *Gazette médicale de Nantes*, 1904.
- Kirmisson.** — Déviations latérales du rachis pouvant simuler la scoliose. *Revue d'Orthopédie*, novembre 1912.
Précis de chirurgie infantile, 2^e édition, 1911.
- Mauclaire.** — *Monde médical* : Mal de Pott dorsal et dorso-lombaire. 25. XII. 1911. 5. I. 1913.
- Marlier.** — *Revue d'orthopédie*, 1893.
- Ménard.** — Etude pratique sur le mal de Pott, 1900.

- Mouchet.** — Traité de chirurgie générale de Le Dentu-Dellet.
Phocas. — *Revue d'orthopédie*, 1893.
Poncet et Leriche. — Tuberculose inflammatoire et scoliose. *Tribune médicale*, 1910.
Précis de Pathologie chirurgicale, 1912.
Redard. — Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale 1900.
Richard. — Lit plâtré dans le mal de Pott, 1892.
Robert. — Scoliose tuberculeuse. Nancy, 1904.
Røederer Carle. — Fréquence des abcès des maux de Pott dorsaux. *Paris médical*, 12 octobre 1912.— Découverte radiologique dans le mal de Pott. *La Clinique*, 19, VII, 12.
Weill (Albert) et Røederer. — Aspect radiologique du mal de Pott.
-

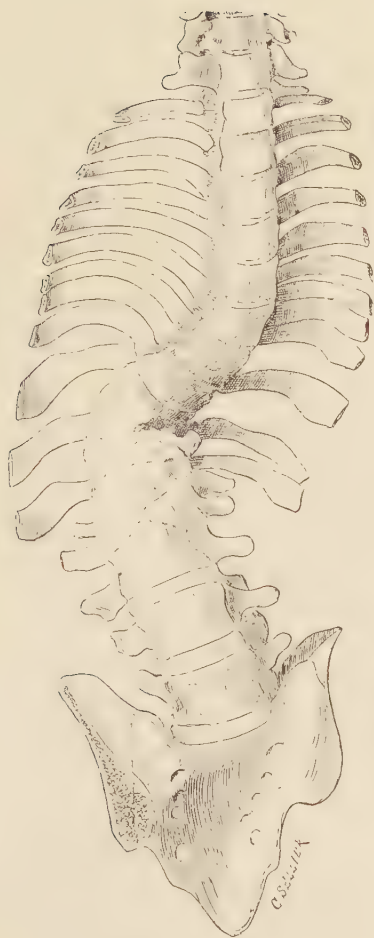
TABLE DES MATIÈRES

	Pages
HISTORIQUE.	9
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	11
I. Scoliose par destruction latérale.	13
II. Scoliose par glissement ou luxation.	16
III. Scoliose par troubles musculaires.	18
SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC	21
Scoliose pleurétique	32
Scoliose d'origine statique	32
Scolioses et traumatismes	33
Scoliose tuberculeuse.	35
TRAITEMENT.	37
OBSERVATIONS	41
EXAMEN DES RADIOGRAPHIES DE MAUX DE POTT	71
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

ANGOULÊME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET C^{ie}

PLANCHE I



*Inflexion compliquée d'une déviation latérale rappelant la scoliose. Les 9^e, 10^e et 11^e corps des vertèbres dorsales entièrement détruits à gauche sont conservés à droite sous la forme d'un débris en forme de coin. Le corps de la 12^e dorsale est réduit à un disque osseux offrant un tiers de la hauteur normale. (Figure d'après le D^r Ménard, de Berck. *Etude pratique sur le mal de Pott*, Masson 1900.)*



*Mal de Pott avec luxation latérale gauche du segment supérieur sur l'inférieur. (Figure d'après le D^r Ménard, de Berck. *Etude pratique sur le mal de Pott*, Masson 1900.)*

PLANCHE II



Malade de l'observation XI

(On se rend compte du déjettement en masse du tronc)

PLANCHE III



Malade de l'observation XIV



Malade de l'observation XVI



Malade de l'observation XV

Les 2^e et 3^e vertèbres lombaires sont soudées dans leurs moitiés droites.

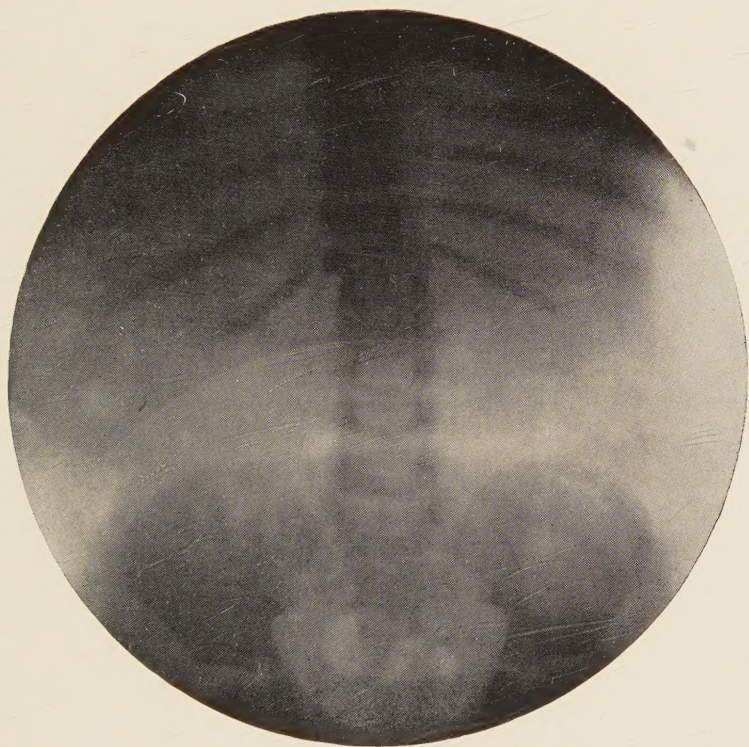
PLANCHE IV



Malade de l'observation XVII

*La 5^e lombaire est détruite dans sa moitié inférieure droite. Les
apophyses épineuses qu'on aperçoit par transparence indiquent
la rotation vertébrale.*

PLANCHE V



Malade de l'observation XII

*Luxation de la 12^e dorsale sur la 1^{re} lombaire : Analogie complète
avec le dessin que nous publions précédemment.*

1163
2